

CHESS ONLINE

on Stakesin Terveystaloustieteen keskuksen julkaisema tiedotuslehti.

CHESS ONLINE

I • 2007



kuva: Antero Aaltonen

PÄÄKIRJOITUS

Markku Pekurinen
tutkimusprofessori
markku.pekurinen@stakes.fi

Rahoitus ei ratkea poppakonsteilla

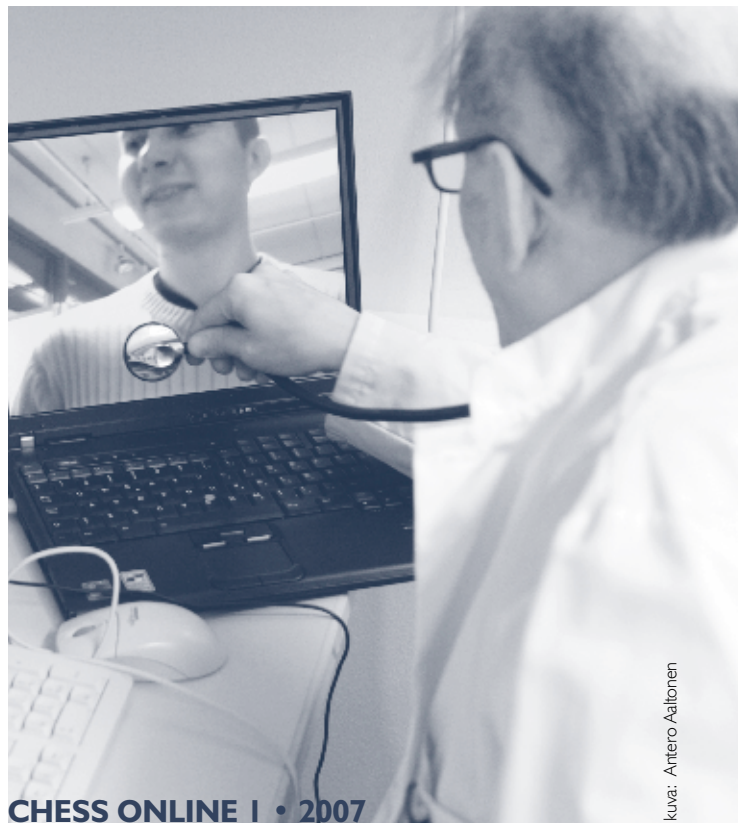
■ Terveystaloustieteen tutkimuksen mukaan terveydenhuollon asiakkaiden maksujen korottaminen on taas nostettu keinoksi kohentaa terveydenhuollon rahoitusta. Hyvä idea, mutta valitettavasti rahoitusongelmat eivät asiakkaiden maksuilla ratkea. Maksujen korottaminen vaikkapa 40 prosentilla, kuten on esitetty, lisäisi kunnallisen terveydenhuollon rahoitustuloja alle kolme prosenttia. Se riittäisi palvelujen pyörittämiseen noin kymmeneksi päiväksi ja turvaisi aiempien maksujen kanssa palvelujen rahoituksen runsaaksi kuukaudeksi. Jäljelle jäävien 330 päivän rahoittaminen kaipaakaan vielä oman pohdintansa.

Asiakasmaksut on julkisessa terveydenhuollossa asetettu tarkoituksellisesti matalalle, niin meillä kuin muuallakin. Tarkoitus on, että ihmiset hakeutuvat hoitoon taloudellisesta tilanteestaan riippumatta silloin kun hoitoa tarvitsevat. Hoidon viivästyminen kun tuppaa kasvattamaan hoitokuluja. Työnantajat ovat tämän aina ymmärtäneet ja tarjoavat työterveyshuollon palvelut maksutta työntekijöilleen.

Vaikka asiakasmaksut eivät ole julkisen terveydenhuollon kannalta iso asia, yksittäisen potilaan kannalta tilanne voi olla tyystin toinen. Onneksi terveydenhuollon maksukatot hillitsevät korkeiden maksutaakkojen syntymistä, vaikka eivät niitä täysin poista.

Terveystaloustieteen tutkimuksen mukaan rahoitusta on jo pitkään ratkottu pala kerrallaan yksittäistä tekijää hienosäätämällä. Asiakasmaksujen lisäksi on pohdittu sairaalalaskutusta, erityisen kalliita hoitoja, lääkekorvauksia, sairausvakuutuksen rahoitusta ja valtionosuusjärjestelmän yksityiskohtia – kaikkia irrallaan muista. Terveystaloustieteen tutkimuksen kokonaisuudesta ja sen muutostarpeista ei ole julkisesti juurikaan keskusteltu. Rahoituskeskustelua ei voi kuitenkaan tulevaisuudessa välttää.

Terveystaloustieteen tutkimuksen kokonaisuuden kannalta päättäjien tulisi pian ottaa selkeästi kantaa ainakin kolmeen kysymykseen. Tärkein on luonnollisesti se, kuinka paljon terveyspalvelujen järjestämiseen halutaan käyttää verovaroja. Se on puhtaasti poliittinen päätös, jonka tueksi tutkijoilla ei ole tarjota tutkittua tietoa. Sitten on päätettävä, mikä on paras tapa kerätä rahaa palvelujen järjestämiseen: verotus, julkinen sairausvakuutus, asiakasmaksut, vai joku muu tapa tai niiden yhdistelmä. Tutkimus voi tarjota tämän päätöksen tueksi vertailevaa tietoa esimerkiksi vaihtoehtojen kustannuksista, kannustevaikutuksista ja vaikutuksista eri väestöryhmien rahoitustaakkaan. Lopuksi on päätettävä, miten rahoitusvastuu jaetaan valtion, kuntien, potilaiden ja sairausvakuutuksen kesken. Tutkimus ei voi opastaa päättäjiä vastuunjaossa, koska se on ensisijaisesti poliittinen kysymys. Tutkimus voi kyllä kertoa, mitä todennäköisesti tapahtuu eri toimijoiden kannalta, jos rahoitusvastuita muutetaan.



kuva: Antero Aaltonen

CHESS ONLINE I • 2007

1. **Rahoitus ei ratkea poppakonsteilla**
Markku Pekurinen
2. Haastateltavana sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö Kari Välimäki
Tavoitteena tehokkuuden, taloudellisuuden ja inhimillisyyden synteesi
Timo Hujanen
4. **Terveystaloustieteen tutkimuksen asiakasmaksut kasaantuvat pienituloisille**
Satu Kapiainen, Jan Klavus
6. **Laatupainotetut elinvuodet lisääntyneet**
Timo Seppälä, Markku Pekurinen
8. **Palvelusetelin käyttöönoton taloudellisten vaikutusten ennakointi vanhusten palveluasumisessa**
Ulla Tuominen, Hennamari Mikkola
10. **Lääkäripalvelujen ulkoistaminen ja kilpailutus Ruotsissa ja Isossa-Britanniassa**
Hennamari Mikkola, Inka Mattila
12. **Kuntien tarvakioidut menotiedot 2005 valmistuneet**
Timo Hujanen

teksti ja kuva: Timo Hujanen

– Sosiaali- ja terveyspolitiikassa on tasapainotettava sosiaaliset ja taloudelliset näkökohdat tukemaan toinen toistaan, linjaa kansliapäällikkö Kari Välimäki tulevaa viisivuotiskauttaan. Hänen mukaansa 80-luvulla sosiaaliturvan ja sosiaalipolitiikan painotuksissa taloudelliset näkökohdat unohdettiin, kun 90-luvulta alkaen taloudelliset asiat ovat ehkä korostuneet liikaakin. Nyt on aika trimmata kone kuntoon.

Haastateltavana sosiaali- ja terveysministeriön uusi kansliapäällikkö Kari Välimäki:

Tavoitteena

tehokkuuden, taloudellisuuden ja inhimillisyyden synteesi

– Tavoitteena on että terveydenhuolto toimisi entistä tehokkaammin, taloudellisesti ja inhimillisemmin uusissa olosuhteissa ikärakenteen vanhentuessa ja väen keskittyessä kasvukeskuksiin. Painotusten yhteensovittaminen edellyttää muutoksia käytäntöihin ja lakeihin. Toimintamallien ja organisaatioiden on uudistuttava aika paljon.

– Julkisen hallinnon pitää toimia tehokkaasti ja taloudellisesti niitten ihmisten puolesta, joilla on palvelujen ja turvan tarvetta eri elämäntilanteissaan. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen jatkossa on varmistettava, että erityislainsäädäntö tukee palvelujen turvaamista. Välimäen mukaan kentällä on tapahtunut paljon ja tekemisen suunta on oikea. Töitä riittää ja laakereilla ei levätä.

Perusterveydenhuoltoon panostettava

– Monissa uudistuksissa perusterveydenhuollon kehittäminen on lyöty laimin. Raha ei ole aina mennyt sinne, mihin on ollut alun perin tarkoitus. Perusterveydenhuollon kehittäminen on avain siihen, että erikoissairaanhoidon kustannuskehitys voidaan pitää kurissa. Perusterveydenhuolto ja ehkäisevä terveydenhuolto ovat varmasti keskeisessä roolissa tulevaisuudessa.

– Mutta meidän ei pidä purkaa toimivaa järjestelmää, jossa ylemmät sosiaaliryhmät saavat hyviä palveluja työterveyshuollon kautta. Olisi pystyttävä parantamaan huomattavasti niitten asemaa, joilla ei ole samaa mahdollisuutta. Hän arvioi, että eri uudistuksiin on liittynyt vauhtisokeutta, jolloin on unohdettu, etteivät kaikki pysty puhumaan omasta puolestaan tai pitämään puoliaan. Eri selvitykset ovat osoittaneet eriarvoisuuden lisääntyneen eri sosiaaliryhmien välillä.

– Perusterveydenhuoltoa pitäisi kehittää omalääkäriajattelun mukaisesti, jotta syntyisi aitoja, kestäviä asiakas-lääkärisuhteita. Nyt palvelujen käyttäjät eivät saa kokonaisvaltaista hoitoa, kun jokainen oire hoidetaan yksi kerrallaan eikä tunneta potilaan kokonaistilannetta. Köyhyyden torjumisessa ja palvelujen käytön kohdentamisessa on samanlaisia ongelmia.

– Kysymys ei ole yksittäisten toimenpiteiden kehittämisestä, vaan siitä pystytäänkö pitämään kiinni yhteiskunnallisesta tasa-arvosta ja pohjoismaisesta mallista. Poppakonstia ei ole. Tarvitaan monipuolisia toimia ja arvioita siitä, miten ne todella vaikuttavat eri väestöryhmiin.

Kunnilla näytön paikka

Välimäen mukaan Paras-hankkeessa on tunnustettu, ettei perinteinen kuntarakenne voi olla järkevä pohja palveluiden tuottamiselle. Demokraattinen päätöksenteko vaatii kompromisseja, ja niitä on jouduttu tekemään paljon.

– Paras-hankkeen toteutus on nyt siirtynyt kunnille. Ne joutuvat arvioimaan yhteistyömuotojaan. Kunnissa on oltava rohkeutta pohtia, mikä on niiden toiminnan perustarve. Onko se kunnan nimi, itsenäisyys vai se, että kuntalaisille saadaan järjestettyä toimivat palvelut?

– Kuluvan vuoden aikana nähdään, miten homma lähtee liikkeelle. Iso kysymys on se, että Paras-laki on puitelaki. Pohdimme ministeriössä parhaillaan, millaista erityislainsäädäntöä tarvitaan, jotta saamme palvelut pelaamaan.

– Asiakkaan asema korostuu ja sitä käsitellään uudistuksessa omana kokonaisuutenaan. Hallintoa ja päätöksenteon vastuita koskevat asiat ratkaistaan erikseen. Lisäksi tulee sektori-kohtaisia lakeja, joka koskevat yksittäisiä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen osa-alueita.

Tutkimusta eri näkökulmista

Sektoritutkimuslaitokset tuottavat tuoreinta tietoa ja ne ovat tärkeitä informaatio-ohjauk-



”On äärimmäisen tärkeää tarkastella koko ajan tuottavuuden rinnalla vaikuttavuutta.”

sen välineitä. Välimäki ehdottaa, että soveltavaa tutkimusta kehitettäisiin laitoksissa arvioimalla kysymyksenasetteluja monitieteellisesti ja perusteellisesti. Tutkimukseen soveltuisi sääntö, jossa kolmasosa olisi suunnittelua, kolmasosa itse tutkimusta ja kolmasosa tulosten viemistä käytäntöön.

– Jotta kolmasosa-ajattelu toimisi, olisi oltava erilaisia toimijoita. Niitä, jotka osaavat arvioida laaja-alaisesti relevantit kysymyksenasettelmat, itse tutkimuksen tekijöitä sekä tulosten eteenpäin viejiä. Tämä on haaste koko tutkimukselle.

– Esimerkiksi Stakes ei voi toimia ulospäin yksittäisinä tutkijoina, vaan sen pitää lähteä projekteihin Stakesina, jolla on laajempi näkökulma.

Välimäen mukaan ministeriön alaiset neljä tutkimuslaitosta toimivat äärimmäisen hyvin suhteessa niille osoitettuihin määrärahoihin verrattuna muihin maihin. Parannettavaa on, mutta hän pitää erittäin hyvänä nykyistä konseptia, jolla ministeriö tulosohjaa laitoksia käytännön tutkimuksen suuntaan. Esimerkiksi Stakesin ja KTL:n tutkimus lähtee sen verran erilaisista lähtökohdista, ettei päällekkäisyyttä ole.

– Monet tahot ovat sitä mieltä, että ministeriön alaisissa tutkimuslaitoksissa on jo

riittävästi resursseja. Kun katsotaan sektori-tutkimuksen laajuutta koko kansantaloudessa, voimavarat eivät ole ylimitoitettuja suhteessa muihin sektoreihin. Päinvastoin selviä vajeita on. Mitkä sitten ovat ensisijaisia ja toissijaisia vajeita, siitä on varmasti erilaisia näkemyksiä.

Tuottavuuden rinnalle vaikuttavuus

– Mielestäni on erittäin tärkeää, että terveystaloudellinen tutkimus on ottanut jalansijaa.

Vaikka taloudellista tutkimusta varten tarvitaan kriittistä massaa eli tutkijoita, ei Välimäen mukaan ensisijaista ole määrän lisääminen, vaan laatu ratkaisee.

– Stakesin ja CHESSin vahvuus liittyy mahdollisuuden yhdistää tutkimukseen eri tieteenalojen ja toimialan osaamista ja erilaisia lähestymistapoja.

– On äärimmäisen tärkeää tarkastella koko ajan tuottavuuden rinnalla vaikuttavuutta. Koko terveydenhuollon ja terveydenhuollon talouden kannalta on keskeistä, miten terveydenhuolto pystytään järjestämään kokonaisuudessaan kustannus-vaikuttavasti tulevaisuudessa väestön ikääntyessä.

Välimäen mukaan terveydenhuoltoa olisi arvioitava enemmän makrotalouden näkökulmasta. Suomesta puuttuu kannusteiden ja

terveyspoliittisten päätösten yhteyksiä arvioiva tutkimus sekä hallinnollis-politologinen tutkimus, jossa selvitetään mitkä tekijät vaikuttavat hallinnonalan sisäiseen päätöksentekoon. Olisi arvioitava enemmän tavoitteiden, päätöksen-teon ja järjestelmien toimivuutta.

– Kun lääkemenojen kasvusta ollaan nyt huolissaan, erityisesti yliopistoille sopisi arvioida lääkkeiden ja myös muiden hoitomuotojen vahvuuksia, heikkouksia ja vaihtoehtois-kustannuksia.

Välimäki korostaa, että tuloksista on käytävä eri osapuolien välillä avointa ja kriittistäkin vuoropuhelua. On tärkeää, että jos tutkimuksella saadaan selkeää näyttöä jonkun toimintavaihtoehdon muita edullisimmista kustannuksista, paremmista tuloksista ja vaikutuksista, tieto johtaa parempaan terveyspolitiikkaan.

Tutkimuksen pelisäännöt selviksi

– Yliopistollista akateemista perustutkimusta tarvitaan, mutta sen tulisi olla hallinnosta ja sen tarpeista riippumatonta. Soveltava tutkimus olisi ministeriön lähtökohdista tulosohjattua. Ei ole hyvä, että yliopistot joutuisivat kilpailemaan ministeriön vapaista rahoista.

– Budjettirahoitteista tutkimusta tarvitaan, se on selvää, mutta käymme jatkossa läpi koko tutkimuskentän rahoituksen ja arvioimme, mikä tutkimus on budjettirahoitteista, mikä yhteisrahoitteista ja mihin tutkimukseen tarvitaan ulkopuolista rahoitusta. Tutkimuksen rahoituksen pelisäännöt on tarpeen selvittää.

Kun vastikään selvitettiin mahdollisuuksia liikelaitostaa sektoritutkimuslaitosten tutkimusta, todettiin että ulkopuolisella rahoituksella tehtävä tutkimus ei ollut kovin laajaa suhteessa sektorin kokoon. Tutkimustoiminnan liikelaitostamista ei näin ollen esitetty.

– Sektoritutkimuslaitokset ovat ministeriön linjaohjauksessa ja operatiivinen johtaminen tapahtuu laitoksissa. Laitosten johdon täytyy painottaa tutkimusalueita oikealla tavalla suhteessa yhteiskunnan tietotarpeisiin ja taata riittävät resurssit niissä puitteissa, mitä ministeriö ja valtioneuvosto rahoituksen suhteen päättävät, Välimäki tiivistää. ■

Terveydenhuollon asiakasmaksut kasaantuvat pienituloisille

Terveydenhuollon rahoituksessa 1990–2001 tapahtuneet muutokset koskettivat kotitalouksia eri tavoin. Asiakasmaksujen korotukset siirsivät terveydenhuollon rahoitustaakkaa palvelujen käyttäjille. Yksittäisen kotitalouden kannalta asiakasmaksut saattoivat muodostua erittäin korkeiksi, sillä vuonna 2001 noin 12 000 kotitalouden maksukyvyistä hupeni vähintään 40 prosenttia terveydenhuollon asiakasmaksuihin. Maksukykyyn nähden korkeita asiakasmaksuja maksavien kotitalouksien osuus ei muuttunut merkittävästi 1990–2001.



Satu Kapiainen,
tutkimusavustaja,
CHES



Jan Klavus,
tutkimuspäällikkö,
CHES

Terveydenhuollon kokonaisrahoitus muuttui 1990-luvulla pienituloisille kotitalouksille epäedulliseen suuntaan (kuvio 1). Viime vuosikymmenen alussa kokonaisrahoitus oli vielä selvästi progressiivista, eli suurituloiset maksoivat terveydenhuollon rahoituksesta suhteessa tuloihinsa suuremman osuuden kuin pienituloiset, mutta vuonna 2001 rahoitus jakautui tulojen suhteen tasaisesti. Kaikissa tulonsaajaryhmissä käytettiin siis yhtä suuri osa tuloista terveydenhuollon rahoittamiseen. Yksittäisistä rahoituseristä suurin muutos koski asiakasmaksuja.

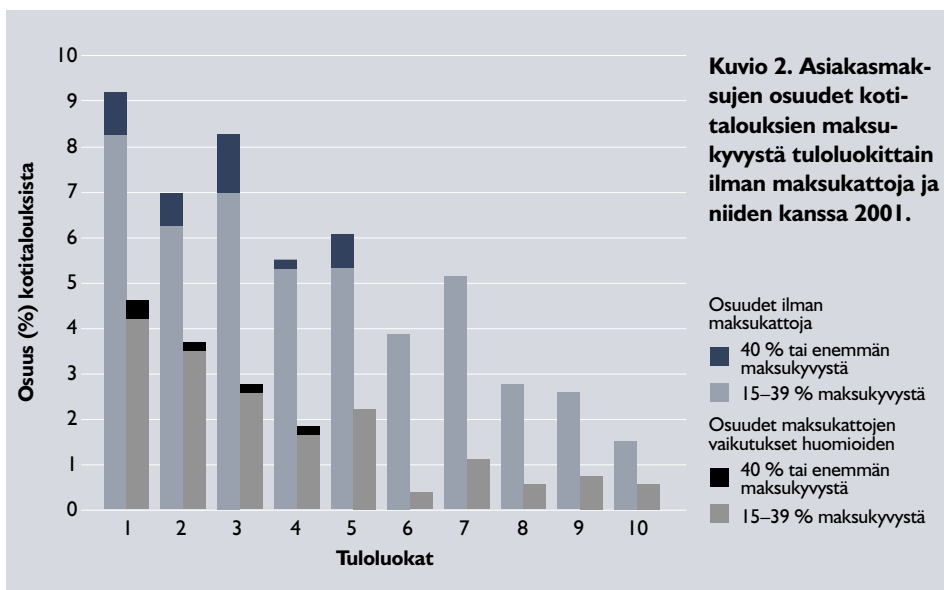
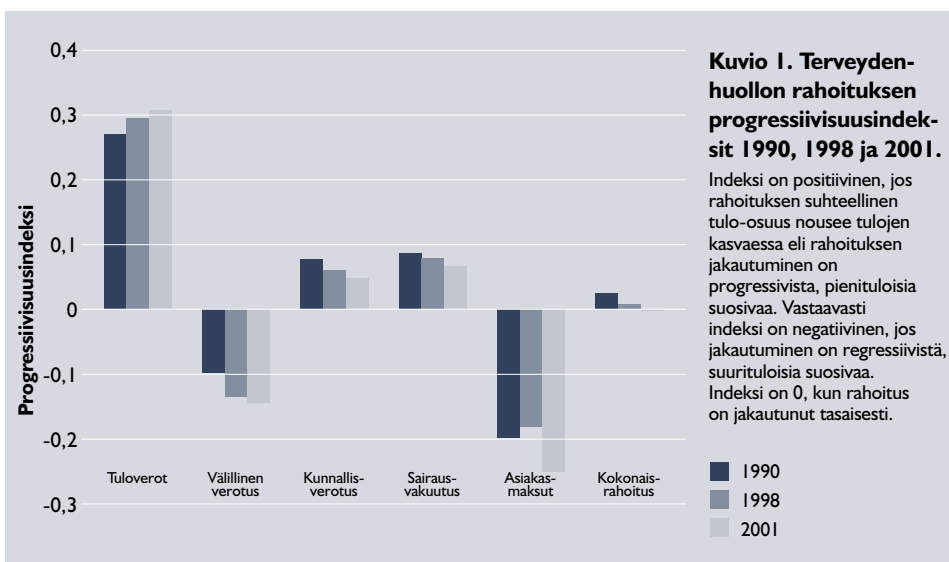
Asiakasmaksuilla rahoitettiin entistä suurempi osa terveydenhuollosta ja maksut kohdistuivat aiempaa tuntuvammin alempiin tuloluokkiin. Tämä asiakasmaksujen suurituloisia suosiva regressiivisyys kasvoi erityisen voimakkaasti vuosikymmenen lopussa. Regressiivisyys olisi ollut vieläkin suurempaa ilman maksukattojen tasaavaa vaikutusta.

Maksukatoista hyötyivät eniten pienituloiset kotitaloudet, joille myös kertyivät suurimmat kulut terveystalouden käytöstä. Toinen merkittävä muutos liittyi valtion rahoitusosuuden pienenemiseen. Progressiivisen valtion tuloveron ja regressiivisen välillisen veron osuuk-
sien laskun terveydenhuollon rahoituksessa korvasi kunnallisverojen ja asiakasmaksujen osuuk-
sien kasvu.

Katastrofaaliset asiakasmaksut pienituloisten ongelmana

Kotitalouksien maksukykyyn suhteutettuna terveydenhuollon maksut saattavat muodostua kohtuuttoman suuriksi. Katastrofaaliseksi, erittäin korkeiksi asiakasmaksuiksi voidaan määritellä maksut, jotka ovat vähintään 40 prosenttia kotitalouden maksukyvyistä. Vuonna 2001 katastrofaalisia asiakasmaksuja maksoi noin puoli prosenttia kotitalouksista eli noin 12 000 kotitaloutta. Maksukykyyn nähden korkeita asiakasmaksuja maksaneiden kotitalouksien määrä ei vuosina 1990–2001 muuttunut olennaisesti. Erittäin korkeita asiakasmaksuja maksavia kotitalouksia oli eniten vuonna 2001, jolloin kotitalouksien asiakasmaksuina maksama osuus terveydenhuollon rahoituksesta oli suomalaisittainkin hyvin suuri. Vastaavasti katastrofaalisia asiakasmaksuja maksettiin vähiten vuonna 1990, jolloin kotitalouksien rahoitusosuus oli pienimmillään.

Katastrofaaliset asiakasmaksut kohdentuvat pääasiassa pienituloisimpiin kotitalouksiin (kuvio 2). Erittäin korkeita asiakasmaksuja, suhteessa maksukykyyn, maksavat vain neljässä alimmassa tulokymmenyksessä olevat kotitaloudet. Ilman maksukattoja tähän joukkoon kuuluisi myös viidennessä tulokymmenyksessä olevia kotitalouksia. Tulojen lisäksi katastrofaaliset terveydenhuoltomaksut näyttäisivät olevan yhteydessä myös ikään. Ikäihmisillä lääkkeiden ja terveystalouden käyttö on muita runsaampaa, minkä vuoksi he maksavat enemmän asiakasmaksuja. Jos terveydenhuollon maksukatot eivät olisi käytössä, katastrofaalisia maksuja maksavien kotitalouksien osuus olisi kolmannessa ja vii-



dennessä tulokymmenyksessä huomattavasti suurempi. Tämä selittyy sillä, että näissä tuloluokissa ikäihmisten osuus on suurin.

Terveystenhuollon maksukatoista lääkekatto tehokkain

Terveystenhuollon maksukatot hillitsevät tehokkaasti erittäin korkeiden maksutaakkojen syntymistä, mutta eivät poista katastrofaalisten terveystenhuoltomaksujen ongelmaa kokonaan. Vuonna 1986 käyttöön otettu lääkekatto estää tehokkaimmin korkeita maksutaakkoja. Jos terveystenhuollon maksukatoista (lääkekatto, matkakatto ja kuntasektorin maksukatto) olisi käytössä ainoastaan lääkekatto, katastrofaalisia terveystenhuollon asiakasmaksuja maksavien kotitalouksien määrä pysyisi ennallaan.

Maksukattoihin oikeuttavat terveystenhuoltokulut ovat myös eriytyneet palvelutyypeittäin siten, että kaikkien kolmen maksukaton ylittyminen saman seurantajakson aikana on erittäin harvinaista. Jos käyttöön otettaisiin yksi yhtenäinen ja nykyistä korkeampi maksukatto, sitä pystyisivät hyödyntämään lähinnä ne, joiden lääkemenot ovat korkeita. Henkilöt, joilla kuntasektorin maksukatto tällä hetkellä ylittyy, eivät välttämättä saavuttaisi maksukattoja. ■

Menetelmien arvioinnin oppikirja ilmestynyt

■ Stakesin Finohta on tuottanut suomenkielisen oppikirjan terveystenhuollon menetelmien arvioinnista. Lukijalle terveystenhuollon koulutus on avuksi, muttei välttämätöntä.

Kirja perustuu Finohtan arviointihankkeiden kokemuksiin. Mukana on runsaasti käytännön esimerkkejä. Arviointikysymyksen muotoilu, arvioinnin perusmenetelmät ja tulosten tulkinta kuvataan askel askelelta. Jotta uuden tai jo käytössä olevan menetelmän vaikutuksista syntyy kokonaiskuva, tarvitaan taloudellisen arvioinnin taitoja, sosiaalisten ja eettisten vaikutusten tarkastelua sekä terveystenpoliittisten kysymysten pohdintaa. Kaikkiin näihin kirja antaa eväitä.

Kirja opastaa myös muuttamaan toimintakäytäntöjä ja arvioimaan muutosta. Sen avulla voi oppia etsimään valmista tietoa ja punnitsemaan arviointien laatua. Julkaisua voi ostaa sekä Stakesin että Duodecimin verkkosivujen kautta.



Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M (toim.): Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Kustannus Oy Duodecim, Hämeenlinna 2007. OVH 69 euroa. ISBN 978-951-656-154-0

Suomalaisten terveyteen liittyvällä elämänlaadulla painotettujen elinvuosien määrä on kasvanut kaikissa ikäryhmissä, miehillä 1,2–2,2 vuotta ja naisilla 1,6–2,5 vuotta vuosina 1996–2004. Terveyteen liittyvä elämänlaatu on parantunut eniten tavanomaisissa toiminnoissa, henkisessä toiminnassa ja sukupuolielämässä. Ahdistuneisuus on sen sijaan lisääntynyt ja nuorilla on lisäksi ongelmia nukkumisessa. Kokonaisuudessaan terveyteen liittyvä elämänlaatu on parantunut tai pysynyt samana kaikissa ikäryhmissä, eniten se on parantunut 60 vuotta täyttäneillä.



Suomalaisten terveys on merkittävästi parantunut 1996–2004:

Laatupainotetut elinvuodet lisääntyneet

kuva: Futureimagebank

Terveydenhuollon tuloksellisuuden mittarina on enenevästi alettu käyttää laatupainotettuja elinvuosia (*quality adjusted life years, QALY*). Mittarissa on kaksi komponenttia; elinajanodote (*life years, LY*) ja terveyteen liittyvä elämänlaatu (*quality, Q*), jolla elinajanodotetta painotetaan (*adjusted, A*). Yleensä kiinnostuksen kohteena on laatupainotettujen elinvuosien muutos vertailuajankohtien välillä.

Tutkimme laatupainotettujen elinvuosien ikä- ja sukupuoliryhmittäisiä muutoksia vuosina 1996–2004 hyödyntäen väestötutkimuksista saatavia tietoja. Tarkastelu koski 18–79-vuotiaita suomalaisia. Mukana ei ole laitoshoidossa olevia. Analyysin perustulos on selkeä: terveyteen liittyvällä elämänlaadulla painotettujen elinvuosien määrä on kasvanut kaikissa ikäryhmissä, sekä miehillä että naisilla (kuvio 1). Sekä elinajanodote että terveyteen liittyvä elämänlaatu, 15D-mittarilla mitattuna, ovat kohentuneet

tai pysyneet samana kaikissa ikäryhmissä. Edellisten yhteisvaikutuksesta elämänlaadulla painotettujen elinvuosien määrä on lisääntynyt miehillä 1,19–2,19 vuotta ja naisilla 1,63–2,46 vuotta. Terveyteen liittyvä elämänlaatu on parantunut eniten tavanomaisissa toiminnoissa, henkisessä toiminnassa ja sukupuolielämässä, mutta ahdistuneisuus on lisääntynyt ja nuorilla on nukkumisvaikeuksia. Kuviossa 2 on esitetty 70–79-vuotiaiden elämänlaatu-profiilit.

Tulevaisuuden arvottaminen oleellista

Laatupainotettujen elinvuosien määrän muutos eri ikäryhmissä näyttää hyvin erilaiselta riippuen siitä, otetaanko huomioon se, kuinka monen vuoden kuluttua terveyshyödyt syntyvät, vai ei. Esimerkiksi 20-vuotiaat pääsevät nauttimaan lisäelinvuosista vasta noin 60 vuoden kuluttua, kun 80-vuotiaat hyötyvät niistä jo noin kahdeksan vuoden päästä. Tulevaisuudessa syntyvät terveyshyödyt voidaan saattaa ajallisesti vertai-

lukupoisiksi diskonttaamalla ne nykyarvoon. Tämä on yleinen menettely terveystaloudellisissa analyyseissa.

Laatupainotettujen elinvuosien muutos 1996–2004 on suurin vanhimmissa ikäryhmissä ja pienin nuorimmissa, kun tarkastellaan ajallisesti vertailukelpoisia diskontattuja arvoja. Jos käytetään diskonttaamattomia arvoja, tulos on päinvastainen (kuvio 1). Miesten ja naisten erot vaihtelevat ikäryhmittäin. Alle 40-vuotiailla laatupainotettujen elinvuosien määrä on lisääntynyt eniten miehillä ja yli 50-vuotiailla naisilla (diskonttatut arvot).

Onko myönteinen kehitys johtunut kasvaneesta panostuksesta terveydenhuoltoon, muuttuneista hoitokäytännöistä ja uusista hoitomenetelmistä vai onko se tapahtunut terveydenhuollosta riippumatta?

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T. ym. Suomalaisen terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Suomen virallinen tilasto. Terveys 1998:5.

Kautto M (toim.). Suomalaisen hyvinvointi 2006. Gummerus, Vaajakoski 2006.

Sintonen H. The 15D instrument of health-related quality of life: Properties and applications. Ann Med 2001, 33, 328–336.

Selkeämpi kuva väestön terveydentilan kehittymisestä saadaan, kun verrataan elämänlaadulla painotettujen elinvuosien toteutunutta muutosta maksimaaliseen saavutettavissa olevaan muutokseen kussakin ikä- ja sukupuoliryhmässä, ja otetaan elinajanodotteen muutos näissä ryhmässä annettuna. Näin tarkasteltuna laatu-painotettujen elinvuosien muutos on suomalaisilla ollut iän suhteen kasvava, käytettiin diskontattuja tai diskonttaamattomia arvoja (kuvio 3).

Jatkotutkimuksille useita aiheita

Havaittu laatu-painotettujen elinvuosien myönteinen kehitys nostaa esiin kiinnostavia terveyspoliittisia kysymyksiä. Kun myönteinen kehitys on tapahtunut kaikissa ikäryhmissä, sen voisi ennakoida merkitsevän lievempiä kasvupaineita terveydenhuollolle kuin on aiemmin arvioitu. Toisaalta voi perustellusti kysyä, kuinka havaitut myönteiset tulokset on saavutettu ja mikä on ollut terveydenhuollon rooli siinä. Onko myönteinen kehitys johtunut kasvaneesta panostuksesta terveydenhuoltoon, muuttuneista hoitokäytännöistä ja uusista hoitomenetelmistä vai onko se tapahtunut terveydenhuollosta riippumatta? Näiden tekijöiden vaikutukset on syytä eritellä huolella jotta voimme tulevaisuudessa kohdentaa terveydenhuollon käyttöön saatavat voimavarat viisaasti ja varmistaa väestön terveyden myönteisen kehityksen myös vastaisuudessa. ■

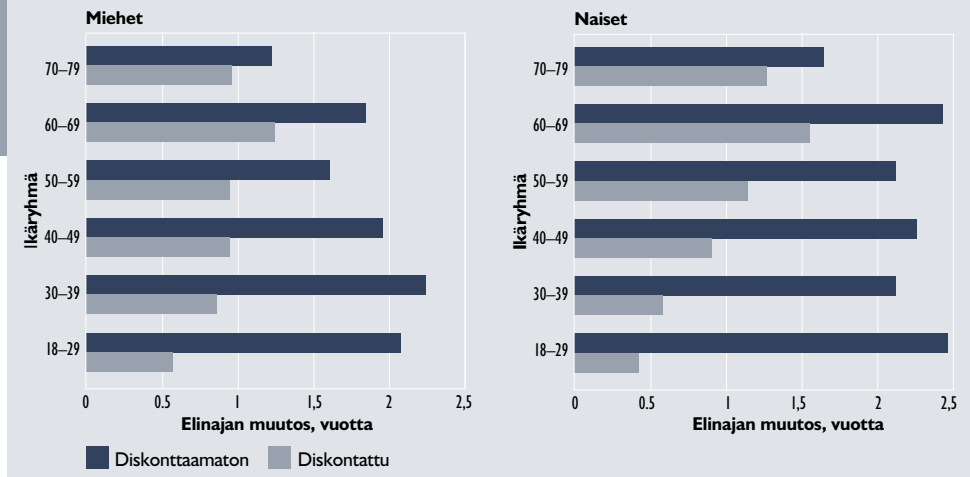


Timo Seppälä,
tutkija, CHES

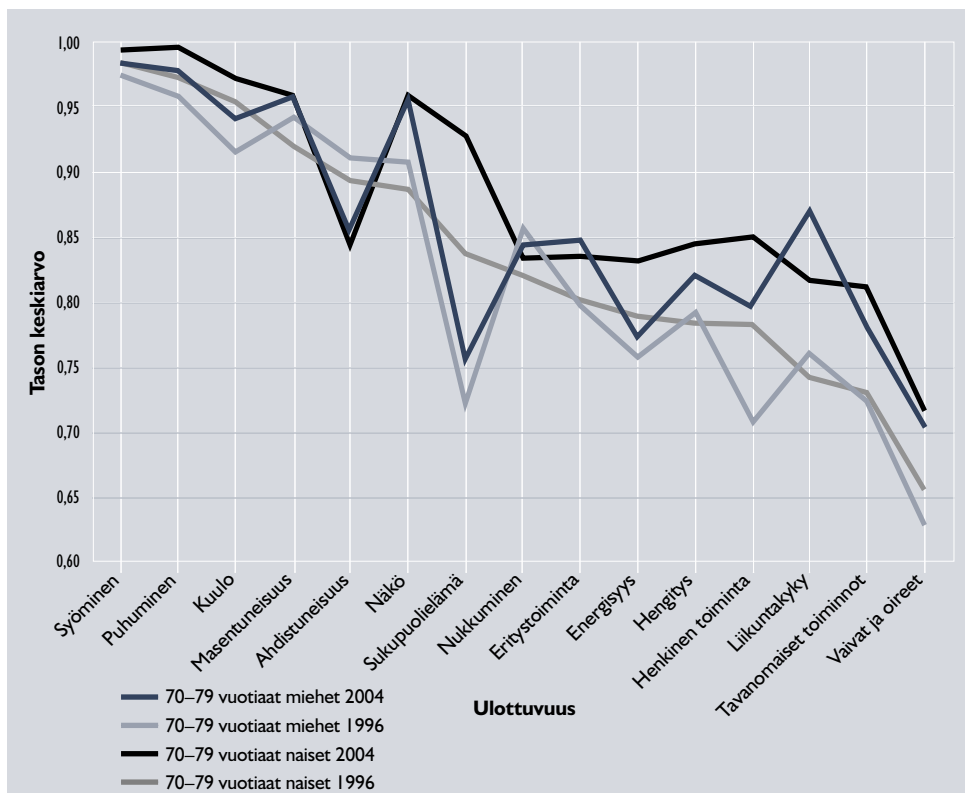


Markku Pekurinen,
tutkimusprofessori,
CHES

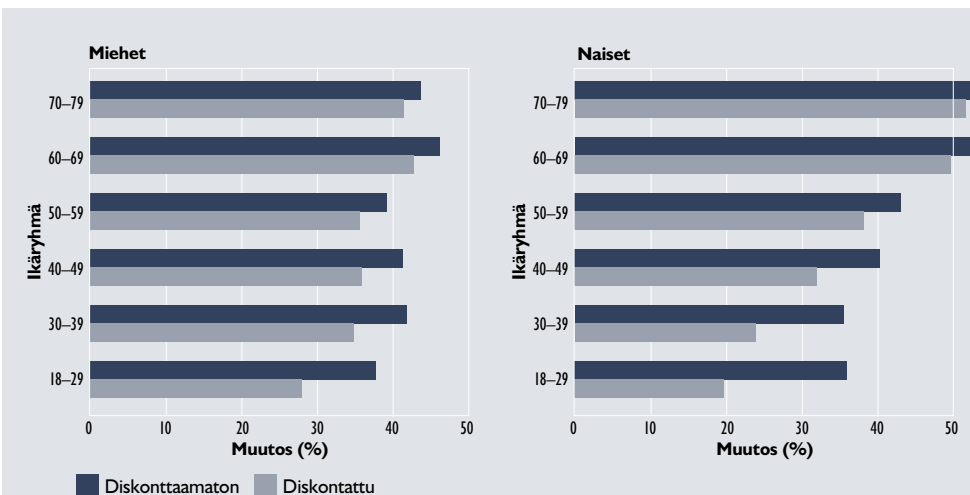
kuva: Antero Aaltonen



Kuvio 1. Laatu-painotettujen elinvuosien absoluuttinen muutos 1996–2004 ikä- ja sukupuoliryhmittäin.



Kuvio 2. Ikäryhmän 70–79-vuotiaat 15D-elämänlaatu-profiilit 1996 ja 2004.



Kuvio 3. Laatu-painotettujen elinvuosien muutos (%) 1996–2004 saavutettavissa olevasta maksimimuutoksesta ikä- ja sukupuoliryhmittäin.



kuva: Heidi Korsman-Hirvonen

Palvelusetelin käyttöönotto

taloudellisten vaikutusten ennakointi vanhusten palveluasumisessa

Vuoden 2004 alusta kunnat ovat voineet järjestää sosiaali- ja terveyspalveluja oman toiminnan ja ostopalvelujen lisäksi myös palveluseleillä. Palvelusetelin käyttöönnotolla pyritään parantamaan erityisesti kotipalvelujen saatavuutta ja näin edistämään vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotona asumista ja itsenäistä selviytymistä sekä tukemaan lapsiperheiden arjessa selviytymistä.

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston ja Stakesin Terveystaloustieteen keskuksen CHESSin yhteishankkeessa tutkittiin mitkä tekijät vaikuttavat palvelusetelin kysyntään ja miten kysyntää voidaan ennakoida. Lisäksi tuotettiin palvelusetelin arvon määrittelyä varten vaihtoehtoisia malleja ja arvioitiin palvelusetelijärjestelmän vaikutusta vanhusten palveluasumisen rahoitukseen sekä palveluasumisen tarjonnan kehitykseen pääkaupunkiseudulla.

Palvelusetelin arvon määrittely

Palvelusetelin arvo määriteltiin Helsingin kaupungin vanhuspalvelujen läntisen piirin vuoden 2005 ostopalvelujen kustannusten, asiakkaiden tulojen ja toteutuneiden asiakasmaksujen perusteella. Tutkimuksen mukaan setelin arvoon vaikuttavat palveluasumisen

tuotantokustannukset, vanhuksen käytettävissä olevat tulot ja hoitoisuus. Vanhuksen tulojen perusteella laskettiin setelin arvoon vaikuttava asiakkaan omavastuuosuus. Hoitoisuuden arvioinnissa käytettiin kaupungin oman hoitohenkilökunnan työaikaan perustuvaa luokitusta. Lisäksi reunaehtona otettiin huomioon, että setelijärjestelmän vuoksi vanhusten palveluasumisen kustannukset asukasta kohti kaupungille eivät saa kasvaa.

Helsingin kaupunki päätti pilottikokeilusaan asettaa palveluasumisen palvelusetelin lähtöarvoksi 1 050 euroa kuukaudessa. Eläketulojen pitäisi olla yli 1 850 euroa kuukaudessa, jotta ne yhdessä palvelusetelin kanssa kattaisivat palveluasumisen keskimääräiset kustannukset. Vuonna 2003 yli 65-vuotiaiden helsinkiläisten keskimääräiset nettotulot olivat 1 321 euroa kuukaudessa. Jotta taval-

linen yli 65-vuotias helsinkiläinen selviäisi ostopalveluasumisen kustannuksista pelkillä eläketuloillaan, tulisi setelin arvoa nostaa 21 prosenttia.

Kyselytutkimus palveluasuntoon jonottaville

Palveluseteliä koskeva strukturoitu teemakysely kohdistettiin palveluasumispaikkaa odottaville asiakkaille (vastausprosentti 59 %, vastanneista 65 % naisia, vastaajien keski-ikä 82 vuotta). Vastanneista joka kolmas oli halukas käyttämään palveluseteliä. Saman verran oli niitä, jotka eivät olleet valmiita käyttämään palveluseteliä. Yksityiseen palveluasuntoon omalla kustannuksella halusi 16 prosenttia vastanneista.

Vastaajien nettotulojen keskiarvo oli 1 103 euroa. Tulot vaihtelivat alueittain merkittävästi, noin 50 prosenttia. Ero oli suurin itäisen (901 euroa) ja läntisen (1 351 euroa) suurpiirien välillä. Palvelusetelin todennäköisin käyttäjä olisi yksin asuva yli 83-vuotias mies, jolla on ylempi peruskoulutus ja nettotulot yli 1 158 euroa kuukaudessa.

Palvelusetelijärjestelmän kustannusten ennakointi

Vanhusten asumispalveluja pääkaupunkiseudulla tarjoavien yksityisten tuottajien asiakasmäärä on kasvanut 18 prosenttia vuodesta 2002 vuoteen 2005. Vuonna 2006 Helsingin kaupunki ennakoii vanhusten palveluasumiseen käytettävän 52 miljoonaa euroa, josta omaan toimintaan käytetään 17 miljoonaa euroa ja ostopalveluihin 35 miljoonaa euroa. Vuoden 2005 lopussa Helsingin kaupungin rahoittamissa vanhusten palveluasunnoissa asui 2 840 asukasta, joista 993:lle palvelut toteutettiin ostopalveluna.

Palveluasunnoissa asuvien määrä on laskenut vuodesta 2000 noin 2,9 prosenttia vuodessa. Helmikuussa 2006 palveluasumiseen jonottavia oli 106. Jonottavien määrä laski vuosina 2003–2006 keskimäärin noin 26 prosenttia.

Palvelusetelin käyttöhalukkuus, % jonottaneista	34 %	16 %
Tulot, keskimäärin kuukaudessa	1 159 euroa	1 453 euroa
Setelin arvo, keskimäärin kuukaudessa	800 euroa	697 euroa
Arvio kustannuksista 2007	345 643 euroa	142 229 euroa

Taulukko 1. Nykyisen palvelusetelijärjestelmän ennakoitut kustannukset Helsingissä vuonna 2007.

Kyselytutkimuksen mukaan kolmannes jonottajista oli halukkaita käyttämään palveluseteliä. Kun jonottajien keskimääräinen nettotulo oli 1 159 euroa kuukaudessa ja setelin arvioitu arvo oli keskimäärin 800 euroa kuukaudessa, niin setelijärjestelmän kokonaiskustannukset Helsingin kaupungille olisivat noin 350 000 euroa. Palveluseteliin myönteisesti suhtautuvista jonottajista 16 prosenttia halusi yksityiseen palvelutaloon. Tämän ryhmän keskimääräiset tulot olivat 1 453 euroa kuukaudessa ja palvelusetelin arvo oli 697 euroa kuukaudessa. Palvelusetelin käyttöhalukkuuden ja tulotietojen perusteella voidaan ennakoida, että edellä mainittu ryhmä olisi todennäköisin setelijärjestelmän käyttäjä. Näin setelijärjestelmän kokonaiskustannukset jäisivät noin 140 000 euroon vuonna 2007 (taulukko 1).

Palvelusetelin käyttöönotto todennäköisesti säästäisi jonkin verran Helsingin palveluasumisen kustannuksia ja yhä useammalla olisi mahdollisuus päästä palvelujen piiriin. Lisäksi järjestelmä lisäisi asiakkaiden ja omaisten valinnanvapautta palveluasumisen tuottajaa valittaessa. Nykymuotoinen palvelusetelijärjestelmä tarkoittaa kuitenkin sitä, että päästäkseen järjestelmän piiriin vanhuksen tai omaisten on varauduttava osallistumaan palveluasumisen kustannuksiin eläketulojen lisäksi myös muulla varallisuudella. ■

Hennamari Mikkola, Ulla Tuominen, Marjo Pääkkönen, Maarit Varis ja Arja Peiponen: Palvelusetelin käyttöönoton taloudellisten vaikutusten ennakointi vanhusten palveluasumisessa. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Selvityksiä, 2006:3.

Raportti on saatavissa painettuna Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon tietopalvelusta sosv.kirjasto@hel.fi tai sosiaaliviraston sivuilta osoitteesta: http://www.hel.fi/wps/wcm/resources/file/ebd6d8494e39b31/hki_pseteli.pdf.



Ulla Tuominen,
tutkija, CHES



Hennamari Mikkola,
erikoistutkija, CHES

Hennamari Mikkola, erikoistutkija, CHES
Inka Mattila, valtiot.yo

Lääkäripalvelujen ulkoistaminen ja kilpailuttaminen Ruotsissa ja Isossa-Britanniassa

Lääkärit ovat aiempaa haluttomampia työskentelemään perusterveydenhuollossa, jos työhön sisältyy runsaasti päivystysvelvoitteita. Yhtäpitävä tulos on havaittu Ruotsissa, Isossa-Britanniassa ja Suomessa tehdyissä tutkimuksissa. Lääkäreistä on pula, vaikka näissä maissa lääkäreitä on enemmän kuin koskaan aikaisemmin. Muuttuneet olosuhteet ovat synnyttäneet markkinoita lääkäreiden työvoimaa vuokraaville yrityksille. Erityisesti päivystyksen ulkoistaminen näyttää olevan yleinen muutosta jouduttava kehityskulku.

Isossa-Britanniassa suurimpana ongelmana oli lääkäreiden saatavuus ja vuokralääkäreiden huonot työehdot. Keskeisinä pontimina vuokralääkärinä toimimiseen olivat vapaa-ajan ja työajan joustava yhteensovittaminen ja kokemuksen karttuminen useasta eri työpaikasta ennen asettumista vakituiseen työpaikkaan. Vuokralääkärinä toimiminen oli osalle lääkäreistä väliaikainen ratkaisu työpaikan vaihtuessa ja toisille keino jatkaa osa-aikatyötä eläkkeellä.

Ruotsissa erityisiä ongelmia tilaajien kanalta olivat vuokralääkäreiden korkeat palkat ja vuokraustoiminnasta terveydenhuollolle koituvat korkeat kustannukset. Korkeiden palkkakustannusten lisäksi vuokralääkärit aiheuttivat lisäkuluja määräämällä runsaasti laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia, lääkeresptejä sekä lähetitteitä erikoissairaanhoidon. Toisaalta vuokralääkärit tekivät enemmän töitä kuin vakituinen henkilökunta. Vuokralääkäreiden käyttö lisäsi organisaation joustavuutta ja vähensi vakituisten työtaakkaa, mutta ei estänyt vakituisten henkilöstön samanaikaista rekrytointia. Työvoimapulan aikana vuokralääkäreiden käytöllä turvattiin palvelujen parempi saatavuus.

Toiminta Suomessa ja Ruotsissa vähäistä, briteillä vakiintunutta

Väkilukuun suhteutettuna vuokralääkäritoiminnan kustannukset olivat Ruotsissa ja Suomessa samaa tasoa. Koko avoterveydenhuollon menoihin verrattuna vuokralääkäritoiminta on vielä vähäistä sekä Suomessa että Ruotsissa. Julkisessa keskustelussa vuokralääkäritoimintaa pidetään vielä jonkin verran ongelmallisena Ruotsissa ja Suomessa. Isossa-Britanniassa se on jo vakiintunut ja luonteva

osa perusterveydenhuoltoa. Vaikka Ruotsissa perusterveydenhuollosta vastaa maakunta, jonka väestöpohja on monin verroin keskimääräistä suomalaista kuntaa suurempi, se ei näytä ratkaiseen lääkäreiden motivaatio-ongelmia. Tällä hetkellä Suomessakin eniten vuokralääkäreitä käyttävät suuret kaupungit.

Kilpailutuksen kokemuksista materiaalia oli saatavissa vain Ison-Britannian päivystyspalvelujen uudistuksesta. Siellä ei ole käytössä vastaavankaltaista hankintalainsäädäntöä kuin Suomessa, mikä on yllättävää koska molemmat maat ovat EU:n jäseniä. Tarjouskilpailua ei siis välttämättä ole pakko järjestää. Perusterveydenhuollosta vastaavista organisaatioista *Primary Care Trusteista* vain 40 prosenttia valitsi tarjouskilpailun kautta palvelun tuottajan. Tutkimuksen mukaan kilpailutus laski vain vähän palvelujen hintoja. Asukaskohtaisten kustannusten ja palvelujen laadun suhdetta verrattiin kilpailutettujen ja muiden sopimusten kesken. Tutkimuksessa ei havaittu riippuvuutta kustannusten ja laadun välillä, eli korkeat kustannukset eivät välttämättä taanneet korkeaa laatua ja päinvastoin. ■

Hennamari Mikkolan ja Inka Mattilan artikkeli Lääkäripalvelujen ulkoistaminen ja kilpailuttaminen Ruotsissa ja Britanniassa on julkaistu kokonaisuudessaan kirjassa Sami Fredriksson ja Tuomo Martikainen (toim.) Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu 1. Kunnallisanalan kehittämissäätiö. Vammala 2006.

Koulutus ei enää lisää naisten terveyttä

Health Economics-lehdessä julkaistiin viime vuoden lopussa suomalainen tutkimus nuorten aikuisten terveyden, koulutuksen ja elintapojen yhteyksistä. Koulutus paransi miesten terveyttä, sillä korkeasti koulutetut miehet tupakoivat ja käyttivät alkoholia maltillisemmin, söivät terveellisemmin ja liikkuivat enemmän kuin vähemmän koulutetut. Sen sijaan naisten koulutustaso ei ollut yhteydessä terveyteen, mikä oli poikkeavaa aikaisempiin muissa maissa tehtyihin tutkimuksiin verrattuna. Tämän arveltiin johtuvan siitä, että Suomessa nuorten naisten koulutustaso on korkeampi kuin useissa muissa maissa, joten koulutusta lisäämällä ei enää lisätä naisten terveyttä. ■

Häkkinen U, Järvelin M-R, Rosenqvist G, Laitinen J.
Health, schooling and lifestyle among young adults in Finland.
Health Economics 2006, 15, 1201–1216.

Uusia julkaisuja

Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A, Leinonen E. Use of antipsychotic medications among elderly residents in long-term institutional care: A three-year follow-up. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2006, 21, 288–295.

Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A, Leinonen E. Use of antipsychotics among nonagenarian residents in long-term institutional care in Finland. *Age and Ageing* 2006, 35, 508–513.

Alho A, Torkki P, Torkki M, Hietaniemi K, Vuorinen J, Lehto M, Arajärvi E, Seitsalo S, Linna M, Häkkinen U, Hirvensalo E. Lonkan ja polven tekonivelpotilaiden hoitoprosessin benchmarking – käypä prosessi. Teknillinen korkeakoulu, HEMA-instituutin julkaisuja nro 7, 2006.

Drummond M, Botten G, Häkkinen U, Pedersen K. M. An evaluation of Swedish health economics research. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006, Supplement 68, December.

Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P, Noro A (toim.). Kotihoidon asiakasrakenteen ja hoidon laatu – Rai järjestelmä vertailukehittämisessä [Quality and Case-Mix among Elderly Residents in Home Care. Benchmarking with the RAI]. Stakes, M223, 2006.

Heponiemi T, Elovainio M, Pekkarinen L, Noro A, Finne-Soveri H, & Sinervo T. The moderating effect of employee hostility on the association of long-term elderly care unit's negative resident characteristics to employee stress and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology* 2006, 11(2), 157–168.

Hujanen T, Pekurinen M, Häkkinen U. Terveystenhuollon ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004. Stakes, Työpapereita 11/2006. Helsinki 2006. http://www.stakes.fi/Fl/Julkaisut/verkkojulkaisut/tyopapereita06/Vt11_2006.htm.

Häkkinen U, Alha P (toim.). Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2006. Helsinki 2006.

Häkkinen U, Järvelin M-R, Rosenqvist G, Laitinen J. Health, schooling and lifestyle among young adults in Finland. *Health Economics* 2006, 15, 1201–1216.

Jonsson PV, Finne-Soveri H, Jensdottir AB, Ljunggren G, Bucht G, Grue EV, Noro A, Björnson J, Jonsén E, Schroll M. Co-morbidity and Functional Limitation in Older Patients Underreported in Medical Records in Nordic Acute Care Hospitals when Compared with the MDS-AC Instrument. *Age and Ageing* 2006, 35, 434–445.

Lauridsen J, Christiansen T, Gundgaard J, Häkkinen U, Sintonen H. Decomposition of health inequality by determinants and dimensions. *Health Economics* 2007, 16, 97–102.

Manderbacka K, Gissler M, Husman K, Husman P, Häkkinen U, Keskimäki I, Nguyen L, Pirkola S, Ostamo A, Wahlbeck K, Widström E. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E, Keskimäki I (toim.). Riittävät palvelut jokaiselle. Helsinki: Sosiaali- ja kehittämisen tutkimus- ja kehittämiskeskus; 2006. s. 42–63.

Mikkola H. Kokemuksia lääkäripalvelujen kilpailuttamisesta henkilöstön vuokraustoiminnassa. *Premissi* 2006, 3, 8–10.

Mikkola H, Mattila I. Lääkäripalvelujen ulkoistaminen ja kilpailuttaminen Ruotsissa ja Britanniassa. Kirjassa Sami Fredriksson ja Tuomo Martikainen (toim.) Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu 1. Kunnallisanalan kehittämissäätiö. Vammala 2006. 90–100.

Mikkola H, Tuominen U, Pääkkönen M, Varis M, Peiponen A. Palvelusetelin käyttöönoton taloudellisten vaikutusten ennakointi vanhusten palveluasumisessa. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Selvityksiä 3, 2006.

Nguyen L, Häkkinen U. Choices and utilization in dental care. Public vs. private dental sectors, and the impacts of a two-channel financed health care system. *The European Journal of Health Economics* 2006, 7(2), 99–106.

Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H, Noro A. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical Care* 2006, 44(12), 1114–1120.

Pekkarinen L, Sinervo T, Elovainio M, Noro A, Finne-Soveri H, Leskinen E. Resident Care Needs and Work Stressors in Special Care Units versus Non-Specialized Long-Term Care Units. *Research in Nursing & Health* 2006, 29, 465–476.

Puolakka K, Kautiainen H, Pekurinen M, Möttönen T, Hannonen P, Korpela M, Hakala M, Arkela-Kautiainen M, Luukkainen R, Leirisalo-Repo M; FIN-RACo Trial Group. Monetary value of lost productivity over a five year follow up in early rheumatoid arthritis estimated on the basis of official register data on patients' sickness absence and gross income: experience from the FIN-RACo trial. *Ann Rheum Dis*. 2006 Jul, 65 (7), 899–904. Epub 2005, Nov 16.

Pekurinen M. Kommun- och servicestrukturreformen avancerar. Julkaisussa Konttinen M, Roos M (toim.). *Annus Socialis et Medicus Fenniae* 2006. Nordiskt social- och hälsodirektörmöte. Grönland 22.–24. Augusti 2006. Stakes, Työpapereita 24/2006, 6–8.

Pekurinen M, Mikkola H. Hoitotakuun talous. Julkaisussa Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta. Stakes, Työpapereita 23/2006, 60–64.

Pekurinen M. Kotikunta on paras. *Dialogi* 2006, 6.

Pekurinen M. Matkailu avartaa. *Dialogi* 2006, 8.

Veihola M, Aroviita P, Sintonen H, Linna M, Kekomäki R. International comparison of the technical efficiency of component preparation. *Transfusion* 2006, 46, 2109–2114.

Vitikainen K, Pekurinen M, Kiiskinen U.

Onko tupakoinnin lopettaminen taloudellisesti kannattavaa? Suomen Lääkärilehti 2006, 61, 27–31, 2985–2989.

Voutilainen P, Peiponen A, Noro A, Kauppinen S. Henkilömitoitusten määrittely ja kehittäminen hoitotyön johtajien haasteena ikääntyneiden palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Premissi* 2006, 1, 33–38.

Vähäkangas P, Noro A, Björkgren M. Provision of Rehabilitation Nursing in Long-term Care Facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 55(1), 29–35.

Apurahoja

Yrjö Jahnssonin säätiö on myöntänyt 16.12.2006 henkilökohtaisia tutkimusapurahoja CHESsin tutkijoille vuodelle 2007

Hujanen Timo

Pitkäaikaishoidossa hoidettavien vanhusten terveyteen liittyvän elämänlaadun ja hoidon vaikuttavuuden mittaaminen

Järvelin Jutta

Potilasvahingot erikoissairaanhoidossa ja niihin vaikuttavat tekijät

Kapiainen Satu

Terveystenhuollon rahoituksen progressiivisuus, toimeentulovaikutukset ja maksukattojen tehokkuus

Nguyen Lien

Suunterveyden kysyntä ja hammashuoltopalvelujen käyttö

Tuominen Ulla

Kustannusvaikuttavuusanalyysi jonotuksen vaikutuksista polven ja lonkan tekonivelleikkaushoidon lopputulokseen

Timo Hujanen, tutkija, CHESS

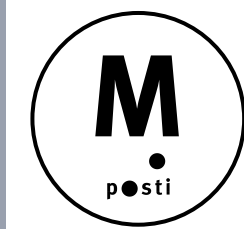
Kuntien tarvevakioidut menotiedot 2005 valmistuneet

Kuntien ja sairaanhoitopiirien terveydenhuollon ja vanhusten hoivan tarvevakioidut menotiedot ovat saatavissa Terveystaloustieteen keskuksen CHESSin verkkosivulta osoitteesta <http://groups.stakes.fi/chess/tilastotuotteet>. Menotiedot ovat kuntien nettomenoja vuodelta 2005 ja ne eivät sisällä asiakasmaksuja. Tarvekertoimien laskennassa on käytetty tuoreimpia saatavissa olevia tietoja. Tarvevakioinnin laskentamenetelmät on esitetty raportissa *Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004* (Hujanen, Pekurinen, Häkkinen 2006).

Manner-Suomen kuntien nettomenot ja tarvekertoimet esitetään kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin 1.1.2007 kuntajaon mukaisesti. Kainuun maakunnan kuntayhtymän tiedot esitetään yhtenä kokonaisuutena, koska sen jäsenkuntien menotiedot eivät olleet eriteltävissä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tiedot esitetään taulukoissa sairaanhoitoalueittain vuoden 2005 alun tilanteen mukaisesti.

Oheisessa taulukossa on esitetty kuntien terveydenhuollon ja vanhusten hoivan nettomenot yhteensä asukasta kohti tarvevakioituna ja ilman vakiointia sairaanhoitopiireittäin. Lisäksi taulukossa on esitetty palvelujen suhteellista tarvetta kuvaava tarvekerroin. Kainuun tiedot tarkentuvat myöhemmin.

Verkkosivulla on tiedot perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, koko terveydenhuollosta ja vanhusten hoivasta sekä terveydenhuollosta ja vanhusten hoivasta yhteensä. Vanhusten hoivan menoihin sisältyvät vanhusten laitoshoidon, kotipalvelun ja omaishoidon tuen menot. Lisäksi taulukoissa esitetään laskennalliset arviot palveluasumisen tarvevakioiduista menoista. ■



Hujanen Timo, Pekurinen Markku, Häkkinen Unto. Terveydenhuollon ja vanhusten hoivan menot ja tarvekertoimet sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2005. Aineisto saatavissa verkosta: <http://groups.stakes.fi/chess/tilastotuotteet>. Helmikuu 2007.
Hujanen Timo, Pekurinen Markku, Häkkinen Unto. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004. Stakes, Työpapereita 11/2006. Helsinki 2006.
http://www.stakes.fi/FI/julkaisut/verkkosivut/tyopapereita06/Vt11_2006.htm.

Terveydenhuollon ja vanhusten hoivan nettomenot yhteensä ja tarvekertoimet sairaanhoitopiireittäin 2005.

CHESSIN YHTEYSTIEDOT

Henkilökohtaiset sähköpostiosoitteet:
etunimi.sukunimi@stakes.fi

Ryhmäpäälikkö **Markku Pekurinen**, dos., DPhil. tutkimusprofessori, puh. (09) 3967 2630; 050 367 0841

Ryhmäsihteeri **Marianna Savolainen**, HSO-sihteeri puh. (09) 3967 2098

Harriet Finne-Soveri, LT, ylilääkäri projektipäälikkö, puh. (09) 3967 2299

Timo Hujanen, TtM (terveystaloustiede), esh tutkija, puh. (09) 3967 2656

Unto Häkkinen, dos., FT, MSc (Health Economics) tutkimusprofessori, puh. (09) 3967 2327; 050 358 1141

Maijalisa Junnila, TtM tutkija, puh. (09) 3967 2631; 050 367 0842

Iiris Juvonen, VT, datanomi atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2305 vv. 30.4.2007 saakka

Jutta Järvelin, LL, MSc (Health Economics) tutkija, puh. (09) 3967 2254 vv. 25.7.2007 saakka

Satu Kapiainen, KTM tutkimusavustaja, puh. (09) 3967 2303

Satu Kerppilä, VTK, datanomi atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2262

Jan Klavus, VTT, dosentti (kansantaloustiede) tutkimuspäälikkö, puh. (09) 3967 2634; 050 4686 918

Juha-Pekka Kontinen, KTM (kansantaloustiede) atk-suunnittelija/tutkija, puh. (09) 3967 2254

Miika Linna, TkT, dosentti tutkimuspäälikkö, puh. (09) 3967 2295; 050 325 9678

Antti Liski, FM atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2267

Hennamari Mikkola, KTT (kansantaloustiede) erikoistutkija, puh. (09) 3967 2267; 050 468 6911 vv. 10.10.2007 saakka

Lien Nguyen, VT, MSc (kansantaloustiede) tutkija, puh. (09) 3967 2466

Anja Noro, THT, dosentti tutkimuspäälikkö, puh. (09) 3967 2253; 040 545 2276

Mikko Peltola, VT, MSc (kansantaloustiede) atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2458

Gunnar Rosenqvist, tilastotieteen professori tilastotieteen asiantuntija, puh. (09) 3967 2280

Mirja Savo, FM atk-suunnittelija, puh. (09) 3967 2607

Timo Seppälä, VTL (kansantaloustiede) tutkija, puh. (09) 3967 2145

Ulla Tuominen, TtM (terveystaloustiede) tutkija, puh. (09) 3967 2461; 050 339 9646

Eija Utriainen, KM, erh suunnittelija, puh. (09) 3967 2629

Sairaanhoitopiiri	Nettomenot Euroa/ asukas	Nettomenot Indeksi koko maa = 100	Tarvekerroin Koko maa = 1,00	Tarvevakioidut menot Indeksi koko maa = 100
Varsinais-Suomi	1 471	100	1,03	96
Satakunta	1 534	104	1,09	95
Kanta-Häme	1 478	100	1,06	94
Pirkanmaa	1 471	100	0,98	101
Päijät-Häme	1 355	92	1,04	88
Kymenlaakso	1 529	104	1,09	95
Etelä-Karjala	1 481	101	1,09	92
Etelä-Savo	1 596	109	1,18	91
Itä-Savo	1 709	116	1,24	93
Pohjois-Karjala	1 546	105	1,14	91
Pohjois-Savo	1 585	108	1,12	95
Keski-Suomi	1 480	101	1,04	96
Etelä-Pohjanmaa	1 530	104	1,13	91
Vaasa	1 607	109	1,07	101
Keski-Pohjanmaa	1 432	97	1,05	92
Pohjois-Pohjanmaa	1 444	98	0,95	103
Kainuu	1,14	...
Länsi-Pohja	1 570	107	1,08	98
Lappi	1 577	107	1,05	101
Helsinki ja Uusimaa	1 401	95	0,85	111

CHESS ONLINE

ISSN 1459-2339

CHESS ONLINE-lehtien verkkoversiot:
groups.stakes.fi/chess/fi/chessonline.htm

Julkaisija

Sosiaali- ja terveystaloustieteen keskus Stakes
Terveystaloustieteen keskus CHESS

Lintulahdenkuja 4, PL 220, 00531 Helsinki
puh. (09) 396 71
groups.stakes.fi/chess

Päätoimittaja

Timo Hujanen, CHESS

Taitto ja layout

Workshop Päiviä Oy, Heikki Päiviä

Paino

Kainuun Sanomat Oy
Painos 2 000 kpl